

путей, положения языка. Проводились клинико-инструментальные, функциональные, ультразвуковые, лучевые и статистические методы исследования. Одним из методов параклинического исследования выявления нарушений внутрисуставных костных и мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава использовался ультразвук.

**Результаты и обсуждение.** Выявлено, что менее чем у трети обследованных нами пациентов имеется уплощенная форма суставной головки и у одной пятой части пациентов имеются ровные и четкие контуры суставной головки. При этом отмечается, что у всех пациентов сохранены размеры биламинарной зоны, формы и положения суставного диска в суставной полости. У двух трети пациентов изменена толщина суставного диска в различных его отделах, у одной пятой части пациентов суставная капсула имеет утонченный размер, практически у всех пациентов наблюдается уменьшение внутрисуставной щели. Из полученных нами данных проведенного исследования 22 пациентов отмечаются изменения внутрикостных и мягкотканых элементов височно-нижнечелюстного сустава, а также их взаиморасположения.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что метод ультразвуковой диагностики можно использовать для выявления внутрисуставных нарушений в ВНЧС. Из полученных нами данных проведенного исследования 22 пациентов отмечаются изменения внутрикостных и мягкотканых элементов височно-нижнечелюстного сустава, а также их взаиморасположения.

#### **Литература:**

1 Пантелеев, В. Д. Диагностика нарушений артикуляции нижней челюсти у пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава / В.Д. Пантелеев, Е.М. Рошин, С.В. Пантелеев // Стоматология. – 2011. – Т. 90, № 1. – С. 52–57.

2 Диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / С.П. Рубникович [и др.] / Нац. акад. наук Беларуси, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2019. – 189 с.

3 Лечебные мероприятия, содействующие восстановительным процессам в зубочелюстной системе у пациентов с бруксизмом / С.П. Рубникович [и др.] // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2017. – № 3. – С. 306–317.

4 Рубникович, С.П. Определение анатомо-томографических показателей височно-нижнечелюстных суставов с применением программы «Osteovizor» / С.П. Рубникович, Ю.Л. Денисова, И.Н. Барадина // Стоматология. Эстетика. Инновации – 2017. – №2. – С. 169–180.

5 Annual review of selected dental literature: report of the committee on scientific investigation of the American Academy of Restorative Dentistry / E. P. Allen [et al.] // The J. of Prosth. Dent. – 2011. – Vol. 86, № 1. – P. 33–56.

**УДК 616.314.17-008.1-08:616.316-008.8**

### **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА**

***Белясова Л.В., Моржевская В.В.***

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

**Введение.** Показатели ротовой жидкости все чаще в последние годы используются как индикатор состояния органов ротовой полости. Диагностический потенциал ее определил спектр использования этих показателей не только как маркеров ряда заболеваний, но и анализа динамического контроля за лечением.

**Цель работы.** Изучить влияние комплексного лечения на состояние ротовой жидкости у больных с хроническим генерализованным периодонтитом средней степени тяжести.

**Объекты и методы.** В клиническом исследовании участвовали 38 пациентов в возрасте 25-44 года (мужчин – 18, женщин – 20) с хроническим генерализованным периодонтитом средней степени тяжести.

Стоматологическое обследование периодонтологических больных включало клинические методы: опрос, осмотр по общепринятой методике, а также объективные показатели: десневой индекс GI (Loe, Silness, 1963), индекс периферического кровообращения ИПК (Л.Н.Дедова, 1982), рентгенологическое исследование. У всех больных изучали биофизические параметры ротовой жидкости с помощью клинко-лабораторных методов: скорость нестимулированного слюноотделения (FDI, 2001); вязкость ротовой жидкости [2]; тест эластичности [3]; адсорбционную способность эпителиальных клеток ротовой жидкости [3]; тест микрокристаллизации [5].

Все пациенты были разделены на 2 группы, из них 24 человека составили группу наблюдения, которым в комплекс лечебных мероприятий после кюретажа был включен физический фактор – магнитолазерная терапия при помощи аппарата «РИКТА». На курс лечения назначали 7 сеансов, продолжительность одного сеанса 5 мин. Магнитолазерная терапия назначалась на 3-и сутки после тщательного удаления зубных отложений до ОНI-S = 0,6 и кюретажа. 14 человек с хроническим генерализованным периодонтитом средней степени тяжести составили контрольную группу, которым не было проведено оперативное вмешательство и магнитолазерная терапия.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на PC Pentium-3 при помощи компьютерной программы Excel, Statistics for Windows.

**Результаты.** Клинический анализ результатов проведенных исследований показал, что на 5-е сутки у больных контрольной группы присутствовали отек и гиперемия десны. Пациенты отмечали боль, дискомфорт. Полностью купировать воспаление удалось лишь на 10-е сутки. В исследуемой группе больных на 5-е сутки у 18% больных отсутствовал болевой синдром, отек десны и гиперемия и слабо выражены – у 82% больных. Признаки воспаления у всех больных этой группы были полностью купированы на 7-е сутки. Оценка состояния тканей периодонта через месяц у больных показала, что применение магнитолазеротерапии после кюретажа в исследуемой группе значительно повлияла на снижение воспаления десны в сравнении с показателями контрольной группы. Гингивальный индекс (GI) изменился с  $1,66 \pm 0,25$  до  $0,85 \pm 0,02$  на 48,8% ( $p < 0,01$ ) и соответствовал легкой степени воспаления. Периферическое кровообращение в тканях периодонта с удовлетворительного (39,6%) достигло компенсированного состояния (60%). Объективно десна у всех пациентов плотно прилегала к шейкам зубов, не кровоточила при зондировании.

Биофизические параметры ротовой жидкости у больных с хроническим периодонтитом приведены в табл.1.

Таблица 1 – Динамика биофизических параметров ротовой жидкости

Параметры ротовой жидкости	1-я группа n = 24		2-я группа n = 14	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Скорость не стимулированного слюноотделения (мл/мин)	$0,26 \pm 0,04$	$0,42 \pm 0,13^*$	$0,25 \pm 0,03$	$0,27 \pm 0,06^*$
Вязкость (ед)	$2,19 \pm 0,08$	$1,08 \pm 0,08^*$	$2,16 \pm 0,08$	$2,12 \pm 0,06^*$
Тест эластичности (уровень градации)	+12%	+0% *	+14%	+10% *
	-25%	-23%	-26%	-30%
	--63%	- -77%	- -60%	- -60%
Адсорбционная способность эпителия ротовой жидкости (%)	удовл. – 44% неудовл. –	удовл. – 38% неудовл. – 62%	удовл. – 46% неудовл. – 54%	удовл. – 45% неудовл. – 55%

	52%			
Тест микрокристаллизации (тип кристаллов)	I – 14% II – 61% III – 25%	I – 23% II – 57% III – 20%	I – 18% II – 59% III – 23%	I – 18% II – 60% III – 22%

**Заключение.** Комплексное лечение периодонтита, включающее хирургическое лечение и магнитолазеротерапию способствует быстрому снижению воспаления в десне, улучшению регионального кровообращения, нормализации биофизических показателей ротовой жидкости, что свидетельствует о целесообразности их применения.

#### **Литература:**

1. Дедова, Л.Н. Диагностика болезней периодонта: учеб.- метод. пособие / Л.Н.Дедова. – Минск : БГМУ, 2004. – 70 с.
2. Дедова, Л.Н. Слюна: современный взгляд стоматолога / Л.Н. Дедова, О.С. Городецкая // Стоматолог. – 2011. – № 2. – С. 15–1.
3. Леус, П.А. Эластичность слюны у молодых людей с различной интенсивностью кариеса зубов / П.А. Леус, Л.В. Белясова // Eur. S. Oral Sciences. – 1995. – Vol. 103, № 2. – P. 34–35.
4. Урбанович, В.И. Опыт применения магнитолазерного излучения для лечения стоматологических заболеваний / В.И. Урбанович, Е.Д. Брагина // Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии : сб. тр., посвящ. 50-летию стоматологического факультета БГМУ. – Минск, 2010. – С. 155–156.
5. Чудакова, И.О. Микрокристаллизация ротовой жидкости у лиц 15-25 лет с различной интенсивностью кариеса и её изменения при акупунктурном воздействии / И.О. Чудакова // Здоровоохранение. – 2000. – № 1. – С. 17–19.

**УДК 616.314.18-08(476.5)**

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Бушмелёва А.В., Чернявский Ю.П., Колчанова Н.Э.*  
УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Из всех заболеваний, поражающих человечество, кариес зубов является одной из самых распространенных. По результатам оценки Национальной программы профилактики кариеса и болезней периодонта среди населения РБ в возрастной группе 35-44лет отмечается высокая распространенность кариозной болезни (99%) [1]. КПУ в среднем составил 11,93, а с учетом коронок – 13,11. Среднее количество удаленных зубов уменьшилось с 6,15 до 2,7. Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ в возрастной группе 65 и старше остается на высоком уровне, средний показатель составил 23,88, с учетом коронок – 25,42. Успешность исходов эндодонтического лечения, по данным литературы, варьирует в широких пределах от 58 до 95 процентов. В связи с этим возникает необходимость более точного определения нуждаемости населения в эндодонтической помощи и разработка профилактических мероприятий для снижения частоты развития осложненных форм кариеса (пульпита и апикального периодонтита). Целью работы является проведение анализа распространенности эндодонтической патологии постоянных зубов у взрослого населения Витебской области, сравнение состояния заболеваемости в разных регионах с последующей разработкой рекомендаций по улучшению качества эндодонтического лечения и уровня стоматологической терапевтической помощи в целом на базах УЗ «Витебский областной клинический стоматологический центр» (УЗ «ВОКСЦ»). Кариес зубов является наиболее часто